



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Ciencias de la Salud

Trabajo Fin de Grado

**TÍTULO: NANDA- NIC- NOC
VERSUS CIPE®.
APLICACIÓN A UN CASO
CLÍNICO DE PACIENTE
ONCOLÓGICA**

Alumno/a: Álvarez Hernández, Isabel

Tutora: María del Pilar Peña Amaro

Dpto: Enfermería

Mayo, 2016



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Ciencias de la Salud

Trabajo Fin de Grado

**TÍTULO: NANDA- NIC- NOC
VERSUS CIPE®.
APLICACIÓN A UN CASO
CLÍNICO DE PACIENTE
ONCOLÓGICA**

Alumno/a: Álvarez Hernández, Isabel

Tutora: María del Pilar Peña Amaro

Dpto: Enfermería

Mayo, 2016

ÍNDICE DE CONTENIDOS.

1. RESUMEN/ PALABRAS CLAVE.....	5
2. INTRODUCCIÓN.....	7
3. OBJETIVO.....	11
4. METODOLOGÍA.....	11
4.1. Descripción del caso clínico.....	12
5. DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO.....	12
5.1. Valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon.....	12
5.2. Detección de problemas: NANDA- NIC- NOC.....	20
5.3. Detección de problemas: CIPE.....	28
5.3.1. Actitudes terapéuticas.....	28
5.3.2. Focos de atención y actividades de vigilancia.....	30
5.3.3. Plan de cuidados.....	34
6. DISCUSIÓN.....	43
7. CONCLUSIONES.....	45
8. BIBLIOGRAFÍA.....	46
9. ANEXOS.....	48

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. Tabla resumen de la Escala de Fuerza Muscular Modificada del Medical Research Council para la medición de la fuerza muscular.....16

TABLA 2. Tabla resumen de la Escala de Ashworth Modificada para la medición del tono muscular.....16

ÍNDICE DE ABREVIATURAS.

CIPE- Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería

NANDA- Nort American Nursing Diagnosis Association

NIC- Nursing Interventions Classification

NOC- Nursing Outcomes Classification

LEE- Lenguaje Enfermero Estandarizado

PAE- Proceso de Atención de Enfermería

OMS- Organización Mundial de la Salud

TA- Tensión Arterial

FR- Frecuencia Respiratoria

FC- Frecuencia Cardíaca

Sat.O₂ (%)- Saturación de Oxígeno

CRPM - Ciclos Respiratorios Por Minuto

MRC- Medical Research Council

NIPE - Normalización de las Intervenciones para la Práctica de la Enfermería

IPO- Instituto Portugués de Oncología

1. RESUMEN:

En el siguiente trabajo se aborda un caso clínico desde dos taxonomías enfermeras diferentes para analizar las facilidades y dificultades que nos aportan a la hora de trabajar con ellas así como su propia aplicabilidad. El caso clínico transcurre en el entorno del Instituto Portugués de Oncología Francisco Gentil de Oporto. Se trata de una paciente que ingresa para una cirugía oncológica y cuya estancia se prolonga debido a la complejidad del caso y las diversas complicaciones que la paciente sufre a lo largo del ingreso. Por un lado, realizamos una valoración trabajando con los patrones funcionales de Marjory Gordon y usando la taxonomía NANDA (Nort American Nursing Diagnosis Association), para enunciar los diagnósticos de enfermería e interrelacionarlos con las taxonomías NIC (Nursing Interventions Classification) y NOC (Nursing Outcomes Classification), para concretar las intervenciones más eficaces y los resultados esperados, respectivamente. De otra parte, utilizamos una segunda taxonomía basándonos en el lenguaje estandarizado de la metodología del sistema de clasificación CIPE. Por un lado pudimos ver que mientras que con CIPE sólo es necesaria una taxonomía para construir un plan de cuidados (puesto que se elabora a partir de la combinación de términos de sus ejes) con NANDA- NIC- NOC estábamos empleando tres taxonomías creadas de manera independiente, lo cual dificultaba el trabajo. Probablemente la sencillez de CIPE en cuanto a la simplicidad de sus términos y flexibilidad sea consecuencia de su menor nivel de abstracción con respecto a NANDA. A pesar de ser CIPE creada con intención de constituir un marco unificador de las terminologías enfermeras, cabe destacar que a día de hoy la terminología NANDA fue pionera y está implantada en un mayor número de países. Como conclusión, pudimos visibilizar la necesidad de construir una taxonomía enfermera unificada que reuniese cada uno de los aspectos facilitadores de ambas taxonomías analizadas, para contribuir así al crecimiento de la Enfermería como disciplina científica.

PALABRAS CLAVE: Plan de cuidados, CIPE, NANDA, NOC, NIC, Lenguaje enfermero estandarizado

ABSTRACT:

The following work deals a clinical case from two different nursing taxonomies to analyse the facilities and difficulties give us to work with as well as their own applicability.

The clinical case occurs in the environment of the Portuguese Institute of Oncology Francisco Gentil Porto. It consists of a patient admitted for an oncological surgery, whose stay is prolonged due to the complexity of the case and the various complications that the patient suffers over income. On the one hand, we carried out an assessment working with the functional patterns of Marjory Gordon and using the NANDA taxonomy (North American Nursing Diagnosis Association), to determine the nursing diagnoses and interrelate them with the NIC (Nursing Interventions Classification) and NOC taxonomies (Nursing outcomes Classification) to achieve the most effective interventions and expected results respectively. On the other hand, we use a second taxonomy based on the standardized language of the CIPE methodology. We could see that while with CIPE all that is needed is one taxonomy (since it is made from the combination of terms of its axes), with NANDA- NIC- NOC we were working with three taxonomies created independently, which hindered the work. Probably the simplicity of CIPE in terms of simplicity and flexibility of its terms is a result of their lower level of abstraction with respect to NANDA. Despite being CIPE created with intention to form a unifying framework for nurses terminologies, nowadays NANDA terminology was pioneered and is implemented in a larger number of countries. In conclusion, we could visualize the need to build a unified taxonomy nurse that meets every one of the facilitators aspects of both taxonomies analyzed, in order to aid to the growth of nursing as a scientific discipline.

KEY WORDS: Plan of care, CIPE, NANDA, NIC, NOC, Standardised nursing language

2. INTRODUCCIÓN

El origen de la labor enfermera considerada como actividad nace con nuestros ancestros, ya que en el transcurrir de los tiempos siempre han existido personas que no podían cuidar de sí mismos, surgiendo así la necesidad de que otros cuidasen de ellas.

No es sino a mitad del siglo XX cuando la Enfermería se convierte en una ciencia de reconocimiento y que por tanto cuenta con un método científico, lo cual le dota de un rigor mayor. Como cualquier disciplina, su método de trabajo se divide en varias etapas: recabar información, detectar anomalías, exposición de posibles resultados, intervención y evaluación. Dichos pasos se engloban dentro de lo que se conoce como Proceso de Atención de Enfermería (PAE).

Tal proceso cuenta con un lenguaje propio, el Lenguaje Enfermero Estandarizado (LEE) y a través de su uso se obtienen una serie de consecuencias positivas que repercuten en la investigación, la docencia, la práctica clínica y la gestión.

Para realizar una valoración de Enfermería se pueden usar diversos registros, y vamos a emplear los patrones funcionales de M.Gordon¹ puesto que nos brinda una serie de ventajas en nuestro proceso: el poder utilizar los patrones independientemente del modelo del que partamos e incorporarlo a cualquier etapa vital de la persona, tanto en la salud como en la enfermedad. Además nos clarifica la siguiente fase del diagnóstico enfermero al estar en inicio de la clasificación por dominios de la NANDA. Marjory Gordon definía los patrones funcionales como *“una configuración de comportamientos mas ó menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano; que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo y proporcionan un marco para la valoración con independencia de la edad, el nivel de cuidados ó la patología”*.

La taxonomía consta de dominios, clases y diagnósticos. Los dominios son trece y suponen el nivel más abstracto de la clasificación, mediante estos se trata de dar unidad al significado de los diagnósticos que se encuentran agrupados bajo un mismo dominio. Dicho dominio estará referido a un área de funcionamiento y/o comportamiento de la persona (promoción de la salud, nutrición, eliminación e intercambio, actividad/descanso, percepción/cognición, autopercepción, relaciones de roles, sexualidad, afrontamiento/tolerancia del estrés, principios de vida, seguridad/protección, confort y

crecimiento/desarrollo). Por otra parte, las clases, 47, son el nivel más concreto de la clasificación pues identifican aspectos más específicos dentro de un mismo dominio. Engloba los conceptos diagnósticos, el principal elemento. Los diagnósticos recogen el problema en sí, nos proporcionan su definición y la etiología (relacionado con) y características definitorias (manifestado por). Existen un total de 217 diagnósticos recogidos en la NANDA-I. Los diagnósticos² son definidos como *“un juicio clínico sobre las respuestas individuales, familiares o de la comunidad, a los problemas de salud reales o potenciales, o procesos de vida que sirven de base para la selección de las intervenciones de enfermería, para alcanzar los resultados para los que la enfermera tiene la responsabilidad”*. La Taxonomía II de NANDA introduce además una estructura de 7 ejes para desarrollar los conceptos diagnósticos: foco diagnóstico, sujeto de diagnóstico, juicio, localización, edad, tiempo y estado del diagnóstico.

Seguidamente son definidas las Intervenciones de Enfermería que deben llevarse a cabo para solucionar el problema, lo que se conoce bajo las siglas NIC. Cada intervención lleva asociada una etiqueta, una definición y una serie de actividades que guían las acciones a realizar. Por último, los objetivos/ resultados esperados englobados bajo las siglas NOC, son las conductas y/o respuestas observables que se pretende que el paciente lleve a cabo a raíz de un determinado diagnóstico. El resultado se consigue tras cumplir las intervenciones y, por consiguiente, sirve como criterio para evaluar como de eficaz ha sido la intervención enfermera por medio de las actividades.

Si bien es cierto, la aplicación del Proceso de Enfermería no sólo se limita a las taxonomías NANDA-NIC-NOC puesto que, a día de hoy, también contamos con otra taxonomía o sistema de clasificación enfermera como es CIPE (Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería) que surge con el objetivo de constituir un marco unificador de las terminologías enfermeras y que actualmente la OMS (Organización Mundial de la Salud) ya la reconoce como parte de la Familia de Clasificaciones Internacionales. El fundamento de la CIPE es combinar uno o varios conceptos simples para, a partir de ellos, constituir otros más complejos. Fue iniciada por el CIE (Consejo Internacional de Enfermeras) en 1989.

La CIPE utiliza para sus clasificaciones un sistema multiaxial y jerárquico que permite expresarnos en la práctica clínica combinando conceptos de sus diferentes jerarquías y ejes.

A continuación se clasifican los fenómenos de enfermería/ CIPE, siendo considerados estos como aspectos de la salud relevantes para la práctica de Enfermería³.

1. Foco: área o sector de atención de la práctica profesional de Enfermería (Ser humano-Entorno).
2. Juicio: opinión clínica acerca del estado de un fenómeno, incluyendo la intensidad o el grado de manifestación del mismo (Alteración, Disfunción, Adecuado, Comprometido...).
3. Frecuencia: número de repeticiones del fenómeno en un intervalo de tiempo.
4. Duración: prolongación en el tiempo en la que ocurre un fenómeno (Agudo, Crónico).
5. Topología: región anatómica en relación con el punto medio. Grado de afectación.
6. Lugar corporal: localización anatómica de un fenómeno.
7. Probabilidad: posibilidad de que ocurra un fenómeno tanto indeseable (Riesgo) como deseable (Potencial).
8. Portador: entidad que sufre el fenómeno (Individuo, Grupo, Familia, Comunidad).

Los diagnósticos de Enfermería supondrían la opinión clínica de una enfermera acerca de un fenómeno. El diagnóstico está compuesto por conceptos incluidos en los ejes de la clasificación de los fenómenos. Para formular un diagnóstico se debe incluir un término del eje Foco (A) y un término del eje Juicio (B) o del eje Probabilidad (G). Los términos de otros ejes son optativos, por tanto aportan información complementaria y sólo puede utilizarse un término de cada uno de los ejes. Por otra parte, las acciones de enfermería se agrupan bajo ocho ejes:

1. Tipo de acción: hecho realizado (Controlar, Instruir, Vigilar...).
2. Objetivo: entidad que sufre la acción de enfermería (Dolor, Nutrientes, Servicios sociales...).
3. Medios: entidad empleada. Incluye instrumentos y servicios definidos como un trabajo específico o plan usado al realizar una acción de enfermería (Técnicas de control de la micción, Servicios a domicilio...).
4. Tiempo: Orientación temporal de una acción. Comprende Tiempo puntual (eventos), que se define como momentos determinados de una situación donde el tiempo puede ignorarse, e Intervalos de tiempo (episodios), que se definen como la situación entre dos eventos en la que la duración no puede ignorarse (Alta médica, Prenatal, Intraoperatorio...).

5. Topología: localización anatómica en relación con un punto medio o la extensión del área anatómica a la que se aplica la acción (Izquierdo, Superior, Total...).
6. Ubicación: orientación anatómica y espacial de una acción de enfermería. Abarca los Lugares del cuerpo (Cabeza, Brazo...) y los Sitios (Hogar, Vecindad, Sitio de trabajo...).
7. Vía: medio a través del cual se realiza una acción (Subcutánea, Oral...).
8. Beneficiario: entidad en cuyo favor se realiza la acción de enfermería (Familia, Individuo, Comunidad...).

Toda intervención debe incluir un término del eje Tipo de Acción (A), mientras que los otros ejes son optativos para ampliar la información. Igualmente, solo puede usarse un término de cada uno de los ejes.

En cuanto a los resultados de Enfermería, es decir la medida del impacto de un diagnóstico de enfermería tras una intervención, se deben seguir los mismos pasos que para formular un diagnóstico, añadiendo además que sólo pueden hacerse después de la realización de una intervención.

Este Trabajo de Fin de Grado surge a raíz de la experiencia personal tras haber realizado durante tres meses prácticas en el Instituto Portugués de Oncología Francisco Gentil de Oporto, con motivo de una beca Erasmus en Oporto (Portugal), donde los enfermeros trabajaban con la clasificación CIPE como taxonomía de referencia.

Durante los practicums anteriores realizados en España, más concretamente en la provincia de Jaén, pude comprobar cómo el uso de las taxonomías NANDA-NIC-NOC se encuentra en diferentes fases de aplicación debido a las dificultades que presentan en función de los niveles asistenciales, lo cual crea un malestar y cierto desinterés entre los profesionales de enfermería.

Es por ello, que aprovechando mi estancia en ambos sistemas de salud, quise plantear una comparación entre las diferentes terminologías normalizadas para analizar cuál se ajusta mejor a la práctica clínica, observando ventajas y desventajas de una y otra, o en su defecto, analizar las características propias de ambas.

Para llevar a cabo este planteamiento, se seleccionó un caso clínico de una paciente oncológica, sometida a cirugía en el IPO (Instituto Portugués de Oncología). Este caso se consideró como el más adecuado por el abordaje integral que suponía debido a las características de la paciente así como por su larga estancia en la unidad de cirugía.

La paciente tiene como diagnóstico médico leiomioma inguinal derecho. El trabajo se inicia cuando la paciente ingresa en el servicio, el 29 de septiembre para ser sometida a un desbridamiento de úlcera radiógena con plastia el día 05 de octubre de 2015, como forma de tratamiento del leiomioma inguinal derecho. El día 21 de octubre se sometió nuevamente a una plastia de úlcera de cadera derecha sobre raquianestesia. Nuestro proceso finaliza coincidiendo con el fin de la rotación el 17 de noviembre de 2015.

Los sarcomas de partes blandas⁴ son tumores raros, correspondiéndose con el 1% de todas las neoplasias malignas en adultos y el 15% en niños. Estos tumores consisten en varias lesiones distintas histopatológicamente hablando, pudiendo surgir en cualquier tejido conectivo del cuerpo. La mayoría de los sarcomas de partes blandas primarios se originan en las extremidades (59%), seguidas del tronco (19%), el retroperitoneo (13%), y la cabeza y el cuello (9%). Son enfermedades de mal pronóstico y baja tasa de respuesta a la quimioterapia convencional, siendo el tratamiento principal para estos sarcomas la resección quirúrgica. La supervivencia global en 5 años es del 50 al 60%, teniendo en cuenta que la mayoría de los pacientes mueren por metástasis que generalmente ocurre de 2 a 3 años después del diagnóstico inicial, en el 80% de los casos avanzados.

3. OBJETIVO

El principal objetivo de este trabajo es llevar a cabo un plan de cuidados individualizado de una paciente desde dos lenguajes estandarizados diferentes: NANDA y CIPE.

4. METODOLOGÍA

En la primera parte del caso clínico se lleva a cabo una valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon a raíz de los datos recogidos acerca de la paciente durante mi rotación en el hospital, partiendo de ellos para identificar más adelante los diagnósticos, intervenciones y objetivos a realizar, tanto por una taxonomía como por otra. En primer lugar, utilizamos la taxonomía NANDA para nombrar los diagnósticos de Enfermería. En la fase de planificación de cuidados hemos utilizado las taxonomías NOC y NIC para la identificación e los criterios de resultados y las intervenciones enfermeras respectivamente. No existe evaluación del plan de cuidados planteado desde la taxonomía NANDA puesto que no se ejecutó en la rotación. En una segunda parte, hemos utilizado la clasificación CIPE para llevar a cabo desde otro lenguaje estandarizado el plan de cuidados de la paciente, incluyendo aquí

la evaluación que realizamos a lo largo de la rotación desde la perspectiva del lenguaje estandarizado de CIPE. Las necesidades identificadas mediante ambas taxonomías lógicamente son las mismas.

4.1. Descripción del caso clínico.

M.J.A.S es una paciente oncológica de 61 años de edad, con antecedentes de Asma, Diabetes Mellitus tipo II, Obesidad, Histerectomía, Anexectomía bilateral y Cardiopatía isquémica. Ingresa en el IPO el día 29 de septiembre diagnosticada de Leiomioma inguinal derecho, habiendo sido propuesta para un desbridamiento de úlcera radiógena con plastia. El día 05 de octubre de 2015 la paciente M.J.A.S. fue sometida a un desbridamiento de la úlcera radiógena con plastia, como forma de tratamiento del leiomioma inguinal derecho. El día 21 de octubre se sometió nuevamente a una plastia de úlcera en la cadera derecha bajo raquianestesia.

5. DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO

5.1. Valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon.⁵

Nombre y apellidos: M.J.A.S

NºHº: no procede

Fecha: 29/09/2015

1.-PATRÓN PERCEPCIÓN/MANTENIMIENTO DE LA SALUD:

¿Cómo ha sido su salud en general? Limitante.

Si procede: ¿faltó al trabajo o a la escuela? No pudo acudir a su trabajo en el tiempo que estuvo hospitalizada.

¿Fuma?: no fumadora.

¿Toma drogas? ¿Cuáles?: no toma drogas.

¿Qué y cuanto bebe?: no bebedora habitual.

¿Ha sufrido accidentes (en casa, en el trabajo, conduciendo)? no ha sufrido caídas en los últimos meses.

Alergias:

- Medicamentosas: Bactrim ® (Trimetopina+Sulfametoxazol); Ananase® (Bromelaína).

- Otras: alergia al polen de las gramíneas.

Medicación que toma:

Bajo prescripción médica

- Acetilcisteína 300mg/3ml vía inhalatoria
 - Enoxaparina sódica 40 mg vía subcutánea
 - Acetilsalicilato de lisina 900mg vía intramuscular y/o intravenosa
 - Morfina 10 mg/ml vía intravenosa y/o subcutánea
 - Ondansetrón 8mg/4ml vía intravenosa
 - Paracetamol 1000mg vía intravenosa
 - Brometo de ipratropio 0.25mg vía inhalatoria
 - Budesonida 1mg/2ml vía inhalatoria
 - Esomeprazol 40mg vía oral
 - Fluoxetina 20mg vía oral
 - Gabapentina 300mg vía oral
 - Hidromorfona 4mg vía oral
 - Insulina Humana 100 UI/ml vía subcutánea
 - Metamizol Magnésico 2000 mg/5ml vía intravenosa
 - Nistatina 100000 UI suspensión oral
 - Piperacilina/Tazobactam Hospira 4 g/0,5 g vía intravenosa
 - Zolnor® (Olmesartan medoxomilo 40mg + amlodipina 5mg) vía oral
 - Nebilet® (Nebivolol hidrocloreuro 5 mg/1 comprimido) vía oral
 - Betaserc® (Betahistina Diclorhidrato 16 mg) vía oral
 - Venosmil® (Hidrosmina) 200mg vía oral
 - Triflusal® (Antiagregante plaquetario) 300mg vía oral
-
- Naturopatía:
 - Livetan (valeriana) 500mg vía oral

Creencias de salud: naturopatía.

¿Qué cosas son importantes para la paciente mientras esté hospitalizada? Muestra preocupación por su negocio.

¿Cómo puede enfermería resultarle más útil? Atendiendo sus necesidades.

2.-PATRÓN NUTRICIONAL-METABÓLICO:

Peso: 93kg Talla: 165cm

Temperatura: se mantuvo apirética en el inicio del ingreso siendo los valores de la temperatura auricular oscilantes entre 36.4°C y 36.8°C, pero en las últimas semanas presentó fiebre con valores entre 37.5°C y 37.8°C.

Constitución: fuerte/robusta.

¿Cuál es la ingesta típica diaria de alimentos? Dieta diabética hipocalórica.

¿Toma Suplementos?: no.

¿Cuál es la ingesta típica diaria de líquidos? 3 botellas de agua de 0,5L.

Pérdida de apetito: no.

Nauseas: sí.

Vómitos: sí.

Ardores: no.

Masticación: no comprometida.

Prótesis dental: sin presencia de prótesis dental.

Estado de los dientes/encías: adecuado. Realiza enjuagues con hidrocloreto de bencidamina.

Aspecto de la lengua: boca seca, lengua blanquecina.

Problemas en la deglución: no.

Piel y mucosas: el estado de la piel es bueno en todo el cuerpo salvo en el miembro inferior derecho, donde presenta una herida que abarca desde la región inguinal hasta la rodilla.

Integridad: no comprometida salvo región herida quirúrgica.

Lunares (cambios): no.

Nódulos: no.

Turgencia: piel turgente.

Mucosas (incluida conjuntiva): mucosas no comprometidas salvo la oral.

Edemas: región inguinal derecha.

Flebitis: no.

Cicatrización lenta: proceso de cicatrización comprometido.

Arañas vasculares: no.

Uñas: uñas bien cortadas; no uña encarnada.

Pelo (características): higiene adecuada.

3.-PATRÓN DE ELIMINACIÓN:

Patrón de eliminación intestinal diario. Consistencia de las heces 4 en la escala de Bristol.
Color acastañado y de consistencia adecuada.

Problemas con el control: no.

Uso de laxantes: sí, esporádicamente.

Patrón de eliminación urinaria: orina limpia. Frecuencia a demanda. Se le facilita una cuña cuando la pide para orinar en cama.

Problemas con el control: no.

Cambios en la orina (frecuencia/cantidad/aspecto): no.

Molestias (dolor, quemazón, dificultad): no.

Drenajes: no Sondas: no Sudor: sí

4.-PATRÓN ACTIVIDAD-EJERCICIO:

TA: 132/64 mmHg FC: 61 lpm FR: 16 crpm

¿Síntomas respiratorios?: respiración profunda, regular y mixta. Antecedentes de Asma.

Disnea: no Aleteo nasal: no Tos: no

Expectoración (características, espontanea, hemoptisis...): no.

¿Ayudas respiratorias?: aerosolterapia según prescripción médica.

Patrón de ejercicio. (Tipo. Regularidad): encamado.

Actividades VD: dependiente; realiza vida en cama. Paciente totalmente dependiente para cocinar o servirse la comida; colabora en el baño e higiene moviendo los brazos pero presenta una dependencia severa; no puede movilizarse por sí sola; realizamos baño y aseo en cama; realiza sus deposiciones y orina en cuña; nos ayuda a posicionarla en cama agarrándose en el trapecio de la cama articulada.

Actividades de tiempo libre: tiene su ordenador personal y le gusta entrar en internet para buscar información, comprobar sus redes sociales y su correo personal.

Quejas de aburrimiento: sí.

Grado de movilidad: dependencia severa (Barthel 25)⁵.

Fuerza muscular (Valor en la Escala de fuerza muscular modificada del MRC):	Comprometida
Fuerza muscular miembro superior derecho (Proximal/distal):	5
Fuerza muscular miembro superior izquierdo (Proximal/distal):	5
Fuerza muscular miembro inferior derecho (Proximal/distal):	1
Fuerza muscular miembro inferior izquierdo (Proximal/distal):	4+

Tabla 1. Tabla resumen de la Escala de Fuerza Muscular Modificada del Medical Research Council para la medición de la fuerza muscular.⁶

Tono Muscular (Valor Escala de Ashworth Modificada):	Comprometido
Tono muscular miembro superior derecho (Proximal/distal):	0
Tono muscular miembro superior izquierdo (Proximal/distal):	0
Tono muscular miembro inferior derecho (Proximal/distal):	0
Tono muscular miembro inferior izquierdo (Proximal/distal):	4

Tabla 2. Tabla resumen de la Escala de Ashworth Modificada para la medición del tono muscular⁶.

Posición: decúbito supino; extremidades en extensión.

Deformidades: no

Paresia: no

Espasticidad: no

Claudicación: no

Pulsos periféricos: femoral derecho levemente comprometido; resto normales.

Llenado capilar: inferior a dos segundos, color rosado.

Varices: no.

Limitaciones que le ha impuesto el problema que presenta: completa limitación de movilidad y todo lo que ello supone para su vida diaria además de la presencia constante de dolor y la necesidad de permanecer ingresada.

5.-PATRÓN SUEÑO-DESCANSO:

Patrón habitual: 8 horas diarias.

Generalmente, ¿se encuentra descansada y preparada para las actividades de la vida diaria después de dormir? : sí.

¿Tiene problemas para conciliar el sueño?: noches en las que presentó fiebre o necesitó pauta analgésica de rescate.

¿Necesita o toma algo? Liventan (valeriana) ocasionalmente. También le gusta leer.

¿A qué hora solía despertar? :los pacientes despertaban con el horario del turno de mañana de las enfermeras a las 08,30 horas aproximadamente, cuando comenzábamos a realizar los procedimientos

6.-PATRÓN COGNITIVO-PERCEPTUAL:

¿Dolor? : sí.

Signos no verbales: sí.

Localización: miembro inferior derecho región proximal.

Intensidad: la paciente presentó dolor entre 2-3 en la escala visual analógica todos los días. Es importante referir que tenía pautado un protocolo para el control del dolor, morfina en SOS y tenía prescrita hidromorfona, paracetamol y metamizol magnésico.

El día que se retiraron los puntos de la herida quirúrgica, la señora presentó dolor de 5 en la escala y precisó dos bolos de morfina mediante catéter subcutáneo antes y después del tratamiento de la herida.

Frecuencia: continuo.

Irradiación: no.

Factores desencadenantes: aumenta al movimiento.

¿Cómo lo vive?: con angustia por ver que la evolución no es del todo favorable y que los tratamientos no resultan efectivos, además de la prolongación de los mismos.

Nivel de conciencia: alerta.

¿Cooperadora?: sí.

Orientación tempo-espacial: orientada en tiempo y espacio.

¿Habla claro y elige las palabras adecuadas?: sí

¿Tiene dificultad para oír?: no

Visión: utiliza lentes de contacto por miopía.

¿Le resulta fácil/difícil tomar decisiones?: cuando desconoce o no le es familiar la situación.

¿Tumefacción?: en el miembro afecto.

7.-PATRÓN AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO:

¿Ha habido cambios en sus sentimientos hacia sí mismo o hacia su cuerpo (desde que comenzó la enfermedad)? La preocupación por los múltiples cambios en el estado de salud le han generado miedo por la evolución negativa que pudieran tener. Todo ello unido a la lenta recuperación así como el empeoramiento del estado de la herida desde su ingreso, ha hecho que la paciente se encontrase en ocasiones en un estado de ansiedad.

¿Qué le ayuda?: el sentirse informada y participe en los tratamientos hace que disminuya esa ansiedad, así como la escucha activa prestada en todo momento por el personal del IPO.

8.-PATRÓN ROL-RELACIONES:

Idioma nativo: portugués

Comunica sus problemas referentes a la enfermedad/estado: sí

¿Vive sola? sí

Estructura familiar: familia con hijos adultos

¿Cómo trata la familia por regla general los problemas?: proceso familiar efectivo. La familia no depende de ella.

¿Tiene problemas con sus hijos?: no.

¿Tiene amigos cercanos?: sí.

Situación laboral: en activo hasta el momento de la enfermedad.

9.-PATRÓN SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN: sin datos.

10.-PATRÓN DE ADAPTACIÓN-TOLERANCIA AL ESTRÉS:

Paciente ansiosa y enfadada en ciertas ocasiones por no mostrarse de acuerdo con el tratamiento médico sobre la herida. En todo momento respetuosa y no violenta.

VALORES-CREENCIAS:

Generalmente, ¿consigue en la vida las cosas que quiere? : sí

¿Tiene planes de futuro importantes?: todos los planes a largo y corto plazo dependen de la evolución de su estado de salud.

¿La religión es importante en la vida?: sí, practica la religión católica.

5.2. Detección de problemas: NANDA–NIC –NOC ^{2, 6, 7}.

1. DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL: INGESTA SUPERIOR A LAS NECESIDADES (00001)

NOC:

1004 Estado nutricional

INDICADORES

- 100404 Masa corporal
- 100405 Peso
- 100406 Determinaciones bioquímicas

1627 Conducta de pérdida de peso

INDICADORES

- 162714 Evita la ingesta de alimentos y líquidos muy calóricos
- 162715 Bebe ocho vasos de agua al día
- 162722 Controla el peso corporal

0204 Consecuencias de la inmovilidad

INDICADORES

- 020401 Úlceras por presión
- 020404 Estado nutricional
- 020411 Fuerza muscular
- 020412 Tono muscular

0401 Estado circulatorio

INDICADORES

- 040147 Fuerza del pulso femoral derecho

- 040120 Edema periférico
- 040161 Úlceras en extremidades inferiores

NIC:

2120 Manejo de la hiperglucemia

- Determinación de la glucemia capilar antes de cada comida
- Administración de la insulina humana pautaada

1100 Manejo de la nutrición

- Evitar alimentos ricos en grasa
- Evitar alimentos con alto contenido en azúcar
- Ajustar la dieta a las necesidades calóricas de la paciente
- Ofrecer hierbas y especias como alternativa a la sal.
- Incluir alimentos ricos en fibra para evitar el estreñimiento
- Evitar los alimentos que le producen alergia a la paciente

1260 Manejo del peso

- Determinar el peso corporal ideal
- Comunicar al paciente los riesgos asociados a un peso por encima del ideal
- Ajustar la dieta al estilo de vida y nivel de actividad.
- Medir el perímetro abdominal y registrar dicha medición para tener constancia del grado de obesidad.

4070 Precauciones circulatorias

- Realizar una exhaustiva valoración de la circulación periférica (comprobar pulsos periféricos, edema, llenado capilar, color y temperatura de la extremidad).

2. DETERIORO DE LA INTEGRIDAD TISULAR (00044)

NOC:

1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas

INDICADORES

- 110104 Hidratación
- 110111 Perfusión tisular
- 110113 Integridad de la piel

0703 Severidad de la infección

INDICADORES

- 070303 Supuración fétida
- 070307 Fiebre
- 070333 Dolor
- 070334 Hipersensibilidad

NIC:

3590 Vigilancia de la piel

- Inspeccionar el estado del sitio de incisión.
- Observar color, calor, pulso, textura y si hay inflamación, edema y ulceraciones en las extremidades.
- Observar y vigilar la presencia de enrojecimientos y edemas.
- Observar si hay fuentes de presión y fricción.
- Notificar cualquier cambio en la piel.
- Aplicar crema hidratante en las zonas intactas

3440 Cuidados del sitio de incisión

- Comprobar la permeabilidad de los accesos venoso y subcutáneo
- Retirar acceso, si procede
- Canalizar nueva vía periférica
- Inspeccionar el estado del sitio de incisión.

3660 Cuidados de las heridas

- Vigilar la cura de la herida (apósitos) para ver si las secreciones son purulentas o hemáticas.
- Vigilar la herida quirúrgica (c/ 48 horas o en SOS)
- Ejecutar el tratamiento de la herida quirúrgica dos veces al día con jabón antiséptico (Betadine® espuma) durante el baño, y después, limpieza con suero fisiológico, aplicación de gasas con hipoclorito de sodio (soluto de Dakin®) y suero en los orificios de la región inguinal y aplicación de cadexómero iodado (Iodosorb® pomada) en los orificios restantes. Cubrir con compresas absorbentes.

4070 Precauciones circulatorias

- Realizar una exhaustiva valoración de la circulación periférica (comprobar pulsos periféricos, edema, llenado capilar, color y temperatura de la extremidad).

3. DOLOR AGUDO (00132)

NOC:

1605 Control del dolor

INDICADORES:

- 160502 Reconoce el comienzo del dolor
- 160513 Refiere cambios en los síntomas al personal sanitario
- 160511 Refiere dolor controlado

3011 Satisfacción del paciente/usuario: control de los síntomas

INDICADORES

- 301106 Respuesta rápida a los síntomas
- 301105 Acciones tomadas para prevenir síntomas
- 301116 Cuidado para controlar el dolor

NIC:

1400 Manejo del dolor

- Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición / duración, frecuencia, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes.
- Observar claves no verbales de molestias
- Evaluar, con el paciente y el equipo de cuidados, la eficacia de las medidas pasadas de control del dolor que se hayan utilizado
- Utilizar un método de valoración adecuado que permita el seguimiento de los cambios en el dolor y que ayude a identificar los factores desencadenantes reales y potenciales (hoja de informe y llevar un diario).
- Crear un ambiente de confort para la paciente

2210 Administración de analgésicos

- Comprobar historial de alergias y órdenes médicas sobre el medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito.
- Controlar signos vitales antes y después de administrar los analgésicos narcóticos, según protocolo de la institución.
- Administrar analgésicos y/o fármacos complementarios cuando sea necesario para potenciar la analgesia.
- Evaluar la eficacia del analgésico
- Utilizar la Escala Visual Analógica para valorar el dolor
- Controlar las constantes vitales cada 8 horas o en SOS (T.A.; F.C; F.R; Sat. O₂)
- Administrar medicación SOS antes de realizar la higiene de la paciente
- Monitorizar el estado de consciencia a través de la Escala de Coma de Glasgow.

4. DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA (00085)

NOC:

0209 Función muscular

INDICADORES

- 020901 Fuerza de la contracción muscular

- 020902 Tono muscular

2102 Nivel del dolor

INDICADORES

- 210201 Dolor referido
- 210204 Duración de los episodios de dolor
- 210206 Expresiones faciales de dolor

0300 Cuidados personales: actividades de la vida diaria

INDICADORES

- 030002 Se viste
- 030005 Se peina
- 030006 Higiene

NIC:

1400 Manejo del dolor

- Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes
- Evaluar, con el paciente y el equipo de cuidados, la eficacia de las medidas pasadas de control del dolor que se hayan utilizado

0840 Cambio de posición

- Explicar al paciente que se le va a cambiar de posición, si procede.
- Animar al paciente a participar en los cambios de posición, si procede.
- Vigilar el estado de oxigenación antes y después del cambio de posición.
- Premedicar al paciente antes de cambiarlo de posición, si procede.
- Colocar en la posición terapéutica indicada.
- Evitar colocar al paciente en una posición que le aumente el dolor.

1800 Ayuda al autocuidado

- Proporcionarle intimidad

- Eliminación:
 - Quitar la ropa esencial para permitir la eliminación
 - Ayudar a la paciente a colocar la cuña y retirarla
 - Facilitar la higiene después de la eliminación
- Vestir/ arreglo personal:
 - Disponer las prendas del paciente en una zona accesible (al pie de la cama).
 - Reafirmar los esfuerzos por vestirse a sí mismo
 - Facilitar el peinado del cabello del paciente
 - Ayudar en el vestir
- Baño/higiene:
 - Colocar toallas, jabón, desodorante y demás accesorios cerca.
 - Proporcionar los objetos personales que la paciente desee.
 - Animarla a participar en el baño hasta donde su situación física se lo permita.
 - Comprobar la limpieza y el corte de las uñas.
- Alimentación:
 - Situar las bandejas de comida al alcance de la paciente y retirarlas cuando proceda.

5. ANSIEDAD (00146)

NOC:

1402 Control de la ansiedad

INDICADORES

- 140204 Busca información para reducir la ansiedad
- 140214 Refiere dormir de forma adecuada

1300 Aceptación: estado de salud

INDICADORES

- 130007 Expresa sentimientos sobre el estado de salud
- 130011 Toma de decisiones relacionadas con la salud

NIC:

5820 Disminución de la ansiedad

- Ayudar a la paciente a realizar una descripción realista del suceso que se avecina.
- Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- Crear un ambiente que facilite la confianza.
- Escuchar con atención.

4920 Escucha activa

- Ayudar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza.
- Mostrar interés en el paciente.
- Mostrar conciencia y sensibilidad a las emociones.
- Estar atento a la propia actividad física en la comunicación de mensajes no verbales.

PROBLEMA DE COLABORACIÓN: Hipertermia secundaria a infección de la herida quirúrgica por manipulación

NIC:

6540 Control de infecciones

- Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de paciente.
- Lavar la piel del paciente con un agente antibacteriano, si procede.
- Asegurar una técnica adecuada para el cuidado de heridas.
- Garantizar una manipulación aséptica de todas las líneas intravenosas.
- Lavado de manos al entrar y al salir del box.

3590 Vigilancia de la piel

- Observar su color, calor, pulso, textura y si hay inflamación, edema y ulceraciones en las extremidades
- Observar si hay fuentes de presión y fricción
- Observar si hay infecciones, especialmente en las zonas edematosas.

- Comprobar la temperatura de la piel.
- Tomar nota de los cambios en la piel y las membranas mucosas

2380 Manejo de la medicación

- Administrar tratamiento antibiótico prescrito.
- Vigilar la eficacia de la modalidad de administración de la medicación.

3660 Cuidados de las heridas

- Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida.
- Colocar de manera que se evite presionar la herida, si procede.
- Anotar las características de la herida.
- Realizar cura de la herida quirúrgica de manera aséptica y según el tto. prescrito.

5.3. Detección de problemas: CIPE⁹.

5.3.1. Actitudes terapéuticas.

En este párrafo son presentadas las actitudes terapéuticas así como las intervenciones enfermeras que resultan de las mismas. Todas se realizaron en el espacio de tiempo comprendido entre el 23 de octubre de 2015 hasta el final de la rotación, salvo ambos accesos donde se especifica su duración.

Actitudes Terapéuticas- Acceso Intravenoso en el antebrazo izquierdo

Del 29/10/2015 hasta 03/11/2015

Intervenciones resultantes de la actitud terapéutica:

- Cambiar el catéter (72/72h o SOS)
- Introducir catéter periférico para acceso intravenoso (72/72h o SOS)
- Quitar el catéter (72/72h o SOS)
- Optimizar el acceso intravenoso (Sin horario)

Datos: el día 29/10/2015 fue introducido un catéter periférico para acceso intravenoso en el antebrazo izquierdo de la paciente, sin complicaciones. Se mantuvo permeable y funcionando hasta el 3/11/2015.

Actitudes Terapéuticas - Acceso subcutáneo en el brazo derecho

Intervención resultante de la actitud terapéutica:

- Introducir el acceso subcutáneo (72/72h ou SOS)
- Cambiar el acceso subcutáneo (7/7 días ou SOS)
- Retirar el acceso subcutáneo (7/7 ou SOS)
- Optimizar el acceso subcutáneo (Sin horario)

Datos: el día 30/10/2015 fue introducido un acceso subcutáneo en el brazo derecho de la paciente, sin complicaciones. Se mantiene permeable y funcionando.

Actitudes Terapéuticas- Monitorizar tensión arterial y frecuencia cardíaca

Intervención resultante de la actitud terapéutica: monitorizar tensión arterial en cada turno y en SOS. A las 10 horas; 18 horas y a las 06 horas.

Datos: evaluar el estado general de la paciente; detectar anomalías y controlar los signos vitales puesto que la paciente padece hipertensión arterial y toma medicación antihipertensiva.

Actitudes Terapéuticas- Monitorizar temperatura corporal

Intervención resultante de la actitud terapéutica: monitorizar la temperatura dos veces por turno, en el turno de mañana a las 9h y a las 12h, y también en SOS.

Datos: control de la temperatura para detectar anomalías debido al riesgo de infección pues la paciente presenta una herida quirúrgica.

Actitudes Terapéuticas - Determinación de la glucemia capilar

Intervención resultante de la actitud terapéutica: vigilar el nivel de azúcar en sangre antes de cada comida. En el turno de la mañana controlar dos veces, a las 9 horas, antes del desayuno, y a las 12 antes del almuerzo.

Datos: evaluar la glucemia de la paciente; detectar la hiperglucemia para controlar la glucemia en caso de precisar insulina. La paciente tiene prescrita insulina humana según el valor de la glucemia. En la última semana las glucemias arrojaron valores de: 139; 140; 132; 119; 129 mg/dl

Actitudes Terapéuticas- Ejecutar nebulización

Intervención resultante de la actitud terapéutica: administrar la nebulización dos veces en el turno de la mañana, a las 9 y a las 14 horas. Poner junto con la medicación 5ml de suero fisiológico. Colocar la oxigenoterapia a un flujo de entre 7-9 litros/ min y retirar a los 15 minutos.

Datos: fluidificar y facilitar la expulsión de secreciones, humidificar las vías respiratorias y administrar la medicación prescrita.

5.3.2. Focos de atención y actividades de vigilancia.

Seguidamente se presenta un abordaje de los focos de atención y de las actividades de vigilancia propios de este caso. Se especifica su fecha de inicio pero no la de su fin al entenderse que coincide con el final de la rotación.

Actividades de Vigilancia: Proceso del Sistema Cardíaco (TA)

Fecha de inicio: 23/10/2015

Foco de atención: proceso del sistema cardiovascular

Actividades de vigilancia:

- Monitorizar la presión arterial (1x/turno)
- Vigilar signos y síntomas de hipertensión (continuo)
- Vigilar signos y síntomas de hipotensión (continuo)

Datos:

- 28/10/2015: TA: 138/64 mmHg
- 29/10/2015: TA: 132/69 mmHg

- 3/11/2015: TA: 140/58 mmHg

Durante el período del 23/10 al 3/11 la paciente se mantuvo normotensa sin presentar signos ni síntomas de hipertensión y/o hipotensión.

Actividades de Vigilancia- Proceso Sistema Respiratorio

Fecha de inicio: 23/10/2015

Foco de atención: proceso del sistema respiratorio

Actividades de vigilancia:

- Monitorizar la frecuencia respiratoria (1x/turno)
- Monitorizar la saturación de oxígeno (1x/ turno)
- Vigilar signos y síntomas de bradipnea (continuo)
- Vigilar signos y síntomas de taquipnea (continuo)
- Vigilar la ventilación (continuo)

Datos:

- 28/10/2015: SatO₂: 98%; Fr: 18 crpm
- 29/10/2015: SatO₂: 92%; Fr: 16 crpm
- 3/11/2015: SatO₂: 98%, Fr: 18 crpm

Durante el período del 23/10 al 3/11 la paciente presentó saturaciones de O₂ de entre 92% y 98% en aire ambiente. Su respiración era profunda, regular y mixta. La frecuencia respiratoria se mantuvo en los límites normales para un adulto, variando entre 16-18 ciclos respiratorios por minuto.

Actividades de Vigilancia - Proceso Sistema Termorregulador

Fecha de inicio: 28/10/2015

Foco de atención: proceso del sistema termorregulador

Actividades de vigilancia:

- Monitorizar la temperatura corporal (1x/turno)
- Vigilar signos y síntomas de hipotermia (continuo)
- Vigilar signos y síntomas de hipertermia (continuo)

Datos:

- 28/10/2015: 37,7°C
- 29/10/2015: 37,5°C a las 9 horas y a las 12 horas 37,9°C
- 3/11/2015: 37,7°C a las 9 horas y 37,8°C a las 12 horas.

Durante el período del 28/10/2015 al 3/11/2015 presentó fiebre en estos turnos por lo que fue administrado paracetamol intravenoso. En el resto de turnos se encontró apirética sin signos ni síntomas de hipertermia ni hipotermia.

Actividades de Vigilancia - Proceso Sistema Gastrointestinal

Fecha de inicio: 23/10/2015

Foco de atención: proceso del sistema gastrointestinal

Actividades de vigilancia:

- Vigilar la eliminación intestinal: 1 vez cada dos días
- Vigilar signos y síntomas de estreñimiento
- Vigilar las características de las heces: color castaño y duras.

Datos: durante el período del 23/10/2015 al 3/11/2015 la paciente refiere haber presentado defecaciones cada dos días de heces duras de color castaño, en cantidad moderada, pero también refirió un periodo de estreñimiento que fue resuelto con Lactulosa y desencadenó una diarrea durante un día.

Actividades de Vigilancia - Proceso Sistema Sensorial

Fecha de inicio: 23/10/2015

Foco de atención: proceso del sistema sensorial

Actividades de vigilancia:

- Vigilar la presencia de dolor
- Monitorizar el dolor a través de la Escala Numérica del dolor

Datos: la paciente presentó dolor entre 2-3 según la escala numérica del dolor todos los días. Es importante referir que la paciente tenía pautado un protocolo para el control del dolor, morfina en SOS y tenía prescrita hidromorfona, paracetamol y metamizol magnésico. El día que se retiraron los puntos de la herida quirúrgica, la señora M.S presentó dolor de 5 en la escala y precisó dos bolos de morfina mediante catéter subcutáneo antes y después del tratamiento de la herida.

Actividades de Vigilancia - Estado de Consciencia

Fecha de inicio: 23/10/2015

Foco de atención: estado de consciencia

Actividad de vigilancia: monitorizar el estado de consciencia a través de la Escala de Coma de Glasgow.

Datos: La paciente presenta puntuación de 15 en la Escala de Coma de Glasgow.

Actividades de Vigilancia – Autocuidado: alimentarse

Fecha de inicio: 28/10/2015

Foco de atención: autocuidado: alimentarse

Actividades de vigilancia: supervisar el autocuidado: alimentarse

Datos: la paciente era independiente en la realización de todas las tareas y actividades inherentes a la alimentación hasta el momento de la enfermedad. Ahora no es capaz de preparar los alimentos y necesita que se le acerquen y retiren las bandejas de comida.

Actividades de Vigilancia – Proceso Sistema Tegumentario

Fecha de inicio: 23/10/2015

Foco de atención: proceso del sistema tegumentario

Actividad de vigilancia: vigilar la integridad de la piel

Datos: la paciente presenta una herida quirúrgica en la región inguinal. La piel circundante se encuentra macerada, ruborizada y edematizada.

5.3.3. Plan de cuidados.

Seguidamente presentamos el plan de cuidados para la clasificación CIPE. Estaría comprendido entre el 23 de octubre de 2015 hasta la fecha de fin de la rotación.

Foco de Enfermería: Autocuidado: tomar baño

ACTIVIDADES DE DIAGNÓSTICO

- Evaluar la fuerza muscular según la Escala de Council⁶
- Evaluar el tono muscular según la Escala de Ashworth Modificada ⁶
- Evaluar el nivel de dependencia según la Escala de Barthel⁵

CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO

La paciente fue sometida a un desbridamiento de la úlcera radiógena con plastia el 05/10/2015 y el día 21/10/2015 fue sometida nuevamente a una plastia de úlcera de muslo derecho sobre raquianestesia. Paciente con capacidad comprometida para realizar el autocuidado: tomar baño

Actividad motora:

- En la escala de Ashworth modificada⁶ presentaba grado 4 en el miembro inferior derecho por herida quirúrgica.
- En la escala de Council⁶ presentaba grado 1 en el miembro inferior derecho debido a herida quirúrgica.
- A pesar de que la puntuación en los otros miembros para las dos escalas están dentro de los valores normales, la paciente tiene comprometida la capacidad porque la herida no permite la movilidad.

Paciente consciente y orientada: puntuación 15 en la escala de coma de Glasgow⁵.

La paciente presenta una puntuación de 25 en la Escala de Barthel⁵.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Capacidad para tomar baño comprometida

OBJETIVOS

Aumentar la autonomía de la paciente cuando tome baño en la cama de baño.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

- Manejar el ambiente físico (continuo): facilitar toallas para lavar la cara, los miembros superiores y llevar a cabo la higiene genital.
- Asistir a la paciente durante el baño
- Enseñar estrategias adaptativas para tomar baño
- Instruir en estrategias adaptativas para tomar baño
- Incentivar a la paciente para el autocuidado: tomar baño, hasta donde sus condiciones físicas y de salud lo permitan

RESULTADOS DE ENFERMERÍA

Capacidad para tomar baño comprometida

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

- Reevaluar la capacidad de la paciente para llevar a cabo actividades inherentes al autocuidado: tomar baño.
- Paciente con evolución favorable en la realización de las actividades relacionadas al autocuidado: tomar baño, reconociendo la necesidad de evitar esfuerzos con el miembro inferior derecho, debido a la herida en la región inguinal.
- No se registraron alteraciones en los criterios de escalas evaluadas inicialmente.
- Las intervenciones planteadas fueron eficaces
- Las estrategias adaptativas para tomar baño que fueron enseñadas y entrenadas fueron las siguientes:

- Lavarse el cabello, la cara, los brazos, el tórax, la barriga y la región genital a sí misma. Facilitarnos la higiene de la región posterior del cuerpo.
- Deberá tomar baño acostada de modo que sea más fácil lavar los miembros superiores evitando así el esfuerzo físico del miembro afecto

Foco de Enfermería: Autocuidado: vestirse/desvestirse

ACTIVIDADES DE DIAGNÓSTICO

- Evaluar el status neurológico según la Escala de Coma de Glasgow⁵.
- Evaluar la fuerza muscular según la Escala de Council⁶.
- Evaluar el tono muscular según la Escala de Ashworth Modificada⁶.
- Evaluar el nivel de dependencia según la Escala de Barthel⁵.

CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO

La paciente fue sometida a un desbridamiento de la úlcera radiógena con plastia el 05/10/2015 y el día 21/10/2015 fue sometida nuevamente a una plastia de úlcera de muslo derecho sobre raquianestesia. Paciente con la capacidad comprometida para realizar el autocuidado: vestirse/desvestirse

Actividad motora:

- En la escala de Ashworth modificada⁶ presentaba grado 0 en los miembros superiores.
- En la escala de Council⁶ presentaba grado 5 en los miembros superiores.
- Paciente consciente y orientada:
- Puntuación 15 en la escala de Coma de Glasgow.⁵
- La paciente presentaba 25 en la Escala de Barthel⁵.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Capacidad para vestirse y desvestirse comprometida

OBJETIVOS

Promover la capacidad de la paciente para vestirse y desvestirse

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

- Manejar el ambiente físico (continuo): colocar el cabecero levantado para facilitar que la paciente se pueda vestir.
- Asistir a la paciente a vestirse y desvestirse: ayudar a bajar la camisa por la espalda.
- Enseñar estrategias adaptativas para vestirse y desvestirse: primero introducir los brazos y después la cabeza.
- Incentivar a la paciente para el autocuidado: vestirse y desvestirse.

RESULTADOS DE ENFERMERÍA

Capacidad de la paciente para vestirse y desvestirse efectiva

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

Reevaluar la capacidad de la paciente para concretar las actividades inherentes al autocuidado vestirse y desvestirse:

- Paciente con evolución favorable en la ejecución de actividades inherentes al autocuidado vestirse y desvestirse, reconociendo la necesidad de evitar esfuerzos con el miembro inferior derecho, debido a la herida en la región inguinal. La paciente no quiere pantalón de pijama lo que es favorable en este caso porque evita hacer esfuerzos con la pierna.

No se registran alteraciones en los criterios de las escalas evaluadas inicialmente.

Las intervenciones planeadas fueron eficaces.

Las estrategias adaptativas para vestirse y desvestirse fueron las siguientes:

- Introducir los brazos primero y después la cabeza.
- Vestirse o desvestirse sentada y prestar ayuda para levantar o bajar la camisa en la espalda.

Foco de Enfermería: Sistema Tegumentario - Herida quirúrgica en la región inguinal derecha y en el muslo derecho.

ACTIVIDAD DE DIAGNÓSTICO

- Valorar la integridad cutánea

CRITERIO DE DIAGNÓSTICO

La paciente fue sometida a un desbridamiento de la úlcera radiógena con plastia el 05/10/2015 y el día 21/10/2015 fue sometida nuevamente a una plastia de úlcera de muslo derecho sobre raquianestesia.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Herida quirúrgica en la región inguinal derecha y en el muslo derecho.

OBJETIVOS

Promover la cicatrización de la herida quirúrgica en la región inguinal derecha y en el muslo derecho.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

- Vigilar la cura de la herida (apósitos) para ver si las secreciones son purulentas o hemáticas.
- Vigilar la herida quirúrgica (c/ 48 horas o en SOS)
- Ejecutar el tratamiento de la herida quirúrgica dos veces al día con jabón antiséptico (Betadine® espuma) durante el baño, y después, limpieza con suero fisiológico, aplicación de gasas con hipoclorito de sodio (soluto de Dakin®) y suero en los orificios de la región inguinal y aplicación de cadexómero iodado (Iodosorb® pomada) en los orificios restantes. Cubrir con compresas absorbentes.

RESULTADOS DE ENFERMERÍA

Herida quirúrgica en la región inguinal derecha y en el muslo derecho.

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

Presencia de herida quirúrgica en la región inguinal y en el muslo derecho que presentan ambos signos de infección, tejido necrótico y desvitalizado. Presenta olor y secreciones purulentas y a veces serohemáticas.

Foco de Enfermería: Sistema Tegumentario - Herida por catéter venoso periférico en el antebrazo izquierdo

ACTIVIDAD DE DIAGNÓSTICO

- Valorar la integridad cutánea

CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO

La paciente fue sometida a un desbridamiento de la úlcera radiógena con plastia el día 05/10/2015; el día 21/10/2015 fue sometida nuevamente a una plastia de la úlcera en el muslo derecho sobre raquianestesia y tenía prescrita medicación intravenosa. Presentaba una herida por catéter venoso periférico en el antebrazo izquierdo.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Herida por catéter venoso periférico en el antebrazo izquierdo

OBJETIVOS

Mantener la herida por catéter periférico en el antebrazo izquierdo sin alteraciones.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

- Vigilar la cura de la herida por catéter venoso periférico en el antebrazo izquierdo (sin horario).
- Vigilar la herida por catéter venoso periférico en el antebrazo izquierdo (adecuando el tratamiento de la herida)
- Ejecutar el tratamiento de la herida por catéter venoso periférico en el antebrazo izquierdo (c/72 horas o en SOS)

RESULTADOS DE ENFERMERÍA

Herida por catéter venoso periférico en el antebrazo izquierdo sin signos de complicaciones.

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

Presenta herida por catéter venoso periférico sin signos de complicaciones y piel circundante íntegra. El tratamiento fue ejecutado c/ 24 horas.

Fue retirado el catéter venoso periférico el día 29/10/2015 y fue sustituido.

Foco de Enfermería: movilidad

ACTIVIDAD DE DIAGNÓSTICO

- Evaluar la movilidad del miembro inferior derecho

CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO

La presencia de la herida y el dolor comprometen la movilidad del miembro afecto.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Movilidad del miembro inferior derecho comprometida

OBJETIVO

Promover la movilidad del miembro dentro de sus capacidades.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

- Incentivar la movilidad con el miembro inferior derecho (continuo). Estirar la pierna para colaborar en el baño y la movilización. Flexionar la rodilla para colaborar en el baño y poder girarse hacia un lado para lavar la espalda.
- Informar sobre la movilidad del miembro (continuo), teniendo cuidado porque puede comprometer la vena femoral.
- Vigilar la movilidad del miembro inferior derecho (continuo).

RESULTADOS DE ENFERMERÍA

Miembro inferior derecho edematizado. Paciente con miedo a movilizar la pierna porque cree que si la mueve puede tener problemas con la herida.

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

Después de ser incentivada e informada sobre la importancia de la movilidad, la paciente presentaba movilidad en el miembro afecto mejorada y ahora la flexiona y extiende para

Foco de Enfermería: riesgo de infección

ACTIVIDAD DE DIAGNÓSTICO

- Valorar el riesgo de infección

CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO

La presencia de la herida en el miembro inferior derecho, de catéter venoso periférico en el antebrazo izquierdo, y del catéter subcutáneo en el brazo derecho. Posteriormente, existió infección de la herida quirúrgica, por lo que el riesgo de infección como complicación potencial lo suscribimos únicamente a los catéteres.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Riesgo de infección en la herida de la región inguinal y en el muslo derecho así como en el acceso venoso y subcutáneo.

OBJETIVO

Evitar la infección

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

- Proteger los catéteres con gasas
- Vigilar la piel
- Valorar la permeabilidad del acceso venoso
- Vigilar la presencia de signos de inflamación
- Vigilar sangrados, hipertermia o la aparición de lesiones cutáneas.
- Vigilar la presencia de enrojecimiento
- Extremar cuidados con los catéteres

- Observar y registrar la existencia de edemas
- Aplicar crema después del baño

RESULTADOS DE ENFERMERÍA

La herida quirúrgica presentó signos de infección.

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

Después de la aplicación de las medidas e intervenciones mencionadas, los catéteres no presentaron signos de infección ni inflamación, pero la herida sí, y la paciente sufrió fiebre en algunos turnos.

Foco de Enfermería: miedo

ACTIVIDAD DE DIAGNÓSTICO

- Valorar la presencia de miedo

CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO

- La presencia de miedo debido a su situación clínica.
- Estímulos entendidos como amenaza.
- Nerviosismo
- Ansiedad
- Estado de alerta aumentado
- Negación a hacer los tratamientos prescritos para la herida por verbalizar que no son efectivos.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Miedo

OBJETIVO

Mejorar su estado emocional. Ayuda enfocada a sus necesidades, problemas y sentimientos para aumentar o apoyar las habilidades de afrontamiento.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

- Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y en el respeto.
- Demostrar empatía, cordialidad y autenticidad.
- Garantizar el derecho a mantenerse informada de la paciente si así lo desea.
- Usar técnicas de esclarecimiento y reflexión para facilitar la expresión de las preocupaciones.
- Reforzar las nuevas habilidades.
- Ayudar a la paciente a identificar ventajas y desventajas de cada alternativa.
- Apoyo emocional

RESULTADOS DE ENFERMERÍA

La paciente se mostró reticente en algunos turnos a que se llevase a cabo un determinado tratamiento sobre la herida quirúrgica ya que bajo su punto de vista, no observaba mejoría desde que se instauró dicho tratamiento. Ello le generó un estado de ansiedad que fue disminuyendo por periodos.

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

Después de la aplicación de las intervenciones, especialmente el apoyo emocional y la respuesta a su solicitud de mostrarse informada en todo momento, las medidas tomadas resultaron eficaces pero fue necesario seguir dándole continuidad al igual que al resto de intervenciones.

6. DISCUSIÓN

Tanto una taxonomía como la otra, agilizan y reglan el proceso de enfermería contribuyendo así a alcanzar de manera similar los resultados esperados.

Ambas, contribuyen a formar un marco único de referencia¹⁰, con terminología común, lo cual hace la labor del enfermero más fácil a la hora de identificar los posibles problemas que presenta el paciente así como las intervenciones que va a llevar a cabo, y todo ello unido, repercute en la calidad de los cuidados asistenciales y en el avance de la

enfermería en el ámbito científico. Es, por consiguiente, una manera de gestionar los recursos humanos y materiales.

La utilización de las taxonomías NANDA-NIC-NOC así como CIPE, me ha generado, personalmente, ciertas dificultades y facilidades a la hora de hacer el proceso

Por un lado y coincidiendo con Ferreira¹¹, entre los aspectos facilitadores de CIPE se encuentra el hecho de que sólo sea necesaria una taxonomía para su construcción, puesto que se elabora a raíz de los múltiples términos que componen sus ejes multiaxiales. Mientras tanto, NANDA-NIC-NOC son tres taxonomías diferentes, ello unido al hecho de que su elaboración se haya realizado de manera independiente, hace que a la hora de trabajar con ellas veamos como el lenguaje entre ambas es diferente, sin embargo eso no supone que se pueda trabajar combinándolas entre sí, buscando la más correcta adaptación de la una a la otra.

En cuanto a la aplicación en mi caso clínico de cada una de ellas, debo decir que me ha resultado más sencillo el trabajar con CIPE, pues he encontrado un lenguaje mucho más flexible y sencillo. De otra parte, con NANDA, he tenido dificultades cuando me disponía a elegir el diagnóstico más adecuado ya que en ocasiones no se ajustaba en su totalidad a los datos que tenía recogidos de la paciente.

Probablemente la sencillez de CIPE redunde de su menor nivel de abstracción en comparación con NANDA. Por añadidura, NANDA posee una base teórica más rígida, ya que mientras que CIPE no subdivide sus ejes dejando a merced del personal de enfermería muchos aspectos, NANDA si lo hace en sus diferentes niveles de abstracción.

En cuanto a las intervenciones, en la taxonomía NIC, con la que trabajamos conjuntamente con NANDA, todas ellas están codificadas. En CIPE, también están codificadas pero las actividades quedan nuevamente a merced del profesional. Además, no se hace distinción entre intervenciones y actividades. Respecto a las actividades de NIC, a pesar de venir acompañando a la intervención oportuna, pueden ser modificadas y elaboradas por la propia enfermera, haciendo más ágil, flexible y realista el Proceso de Enfermería.

Nuevamente, otro aspecto que deja abierto CIPE es la evaluación. Es el profesional quien bajo criterio propio decide si debe dar fin o continuidad a la intervención iniciada. En la taxonomía NANDA-NIC-NOC son utilizadas las escalas tipo Likert⁸.

A pesar de que CIPE fue pensada con la intención de crearse como marco unificador¹⁰ de las terminologías de enfermería y que la OMS la reconoce como parte del grupo de Clasificaciones Internacionales, su implantación en el mundo es menor que la de NANDA. A ello cabe unir que NANDA sería pionera en el Lenguaje Enfermero Estandarizado¹³.

Llegados a este punto, surge la teoría de un único lenguaje estandarizado que favorezca el crecimiento de la profesión. Es aquí donde tiene cabida el Proyecto para la Normalización de las Intervenciones para la Práctica de la Enfermería (NIPE)¹⁴. Fue creado en el año 2000 por el Ministerio de Salud, Servicios Sociales e Igualdad. Entre sus objetivos estaba la “normalización de la práctica de la Enfermería”. La base del proyecto residía en la adaptación de los diagnósticos de la NANDA y la clasificación CIPE entre sí:

“Estudio del diagnóstico NANDA, prestando especial atención a su definición, factores relacionados o de riesgo y sus características definitorias. Búsqueda y selección de los términos CIPE correspondientes a los ejes adecuados, que definan concretamente el diagnóstico enfermero, teniendo en cuenta:

- *Dar prioridad a los mismos términos utilizados por el diagnóstico NANDA, siempre que su correspondencia en la CIPE responda a la misma definición.*
- *En caso de no existir el mismo término, se seleccionará un sinónimo que atienda a la definición de origen.*
- *Ante la ausencia de los mismos términos o sinónimos, se seleccionará aquel cuya definición sea la adecuada.”*

De naturaleza similar a la de este proyecto es la norma ISO 14.104:2003:

“Su utilización propone un modelo para componer terminologías por medio de la disección de Diagnósticos e Intervenciones de enfermería en estructuras conceptuales, lo que permite el mapeo entre expresiones compostas por conceptos de diferentes terminologías”¹².

7. CONCLUSIONES

Para concluir, debo decir que la aplicación en el trabajo del día a día de la CIPE me ha resultado más sencilla que la de la NANDA. Entre otros motivos anteriormente expuestos, cabe añadir el hecho de que en España los programas informáticos de utilización de NANDA son complejos, tienen muchos campos para rellenar, no permiten flexibilidad y su desarrollo

así como aplicación es diferente en función del ámbito asistencial. Por otra parte, el personal de enfermería en el IPO disponía de mayor tiempo para introducir los datos en el software, ya que el ratio de pacientes a su cargo era menor que en España, en este caso concreto.

Por último, cabe decir que el futuro de nuestra profesión actualmente pasa casi con obligatoriedad por una taxonomía unificada que combine los aspectos facilitadores de cada una y que haga crecer a la Enfermería como disciplina científica.

Consideraciones éticas

Las cuestiones éticas han sido salvaguardadas mediante el empleo de siglas para ocultar la identidad del paciente.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Álvarez Suárez JL, del Castillo Arévalo F, Fernández Fidalgo D, Muñoz Melendez M. Manual de Valoración de Patrones Funcionales. 2010; Disponible en: <http://www.seapaonline.org/UserFiles/File/Ayuda%20en%20consulta/MANUAL%20VALORACION%20NOV%202010.pdf> .Consultado 04/30, 2016.
2. Nanda Internacional: diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación, 2009-2011. Barcelona. Elsevier España, cop. 2010.
3. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Capítulo 7: APLICACIÓN DE LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA (CIPE®). Proyecto N.I.P.E Normalización de las Intervenciones para la Práctica de la Enfermería; 2000.
4. Rodrigues Santos CE, Neto Renzede JF, Stoduto de Carvalho GS, Fernando Nunes L. Sarcomas de Partes Moles. :1761.
5. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud, Igualdad y Políticas Sociales. Cuestionarios, test e índices de valoración enfermera en formato para uso clínico. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=pr_desa_Innovacion5#PT1 . Consultado 04/18, 2016.
6. Quiñones Aguilar S, Paz C, Delgado C, Jiménez Gil FJ. Espasticidad en adultos. Revista Mexicana de Neurociencia 2009 Marzo-Abril, 2009;10(2):112-121. Disponible en:

<http://revmexneuroci.com/wp-content/uploads/2014/05/Nm092-07.pdf> .Consultado 02/19, 2016

7. Bulechek GM, Butcher HK, Mc Closkey-Dochterman J, editors. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 5ª ed. Madrid: Elvsevier; 2009
8. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E, editores. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 4ª ed. Madrid: Elsevier; 2009.
9. CIPE® Versão 2: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros, Fevereiro 2011.
10. Toyos del Castillo, Fátima. Lenguaje enfermero estandarizado: nanda-noc-nic versus cipe®. Aplicación en un caso clínico de una paciente gran quemada. Rev Paraninfo Digital, 2015; 22. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n22/035.php> Accessed 04/30, 2016
11. Ferreira da Mata LR., Chaves de Souza C., Couto Machado Chianca T., Campos de Carvalho E. Creating diagnoses and interventions under the auspices of different nursing classification systems. Rev Esc Enferm USP. 2012. 46(6): 1511-7
12. Regina Cubas R, Martinez Denipote A, Malucelli A, Lima da Nóbrega MM. La norma ISO 18.104:2003 como modelo integrador de terminologías de enfermería. 2010 jul.- ago.
13. Rutherford M. " Standardized Nursing Language: What Does It Mean for Nursing Practice? OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing ;13(1).
14. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Capítulo 1: APLICACIÓN DE LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA (CIPE®). Proyecto N.I.P.E Normalización de las Intervenciones para la Práctica de la Enfermería; 2000.

9. ANEXOS.

Índice de Barthel

Consta de 10 ítems tipo likert. El rango de posibles valores del Índice de Barthel está entre 0 y 100, con intervalos de 5 puntos. A menor puntuación, más dependencia; y a mayor puntuación, más independencia. Los puntos de corte sugeridos por algunos autores para la interpretación son:

- 0-20 dependencia total
- 21-60 dependencia severa
- 61-90 dependencia moderada
- 91-99 dependencia escasa
- 100 independencia

Comer

10	Independiente	Capaz de utilizar cualquier instrumento necesario, capaz de desmenuzar la comida, extender la mantequilla, usar condimentos, etc, por sí solo. Come en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona
5	Necesita ayuda	Para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc, pero es capaz de comer solo
0	Dependiente	Necesita ser alimentado por otra persona

Lavarse – bañarse –

5	Independiente	Capaz de lavarse entero, puede ser usando la ducha, la bañera o permaneciendo de pie y aplicando la esponja sobre todo el cuerpo. Incluye entrar y salir del baño. Puede realizarlo todo sin estar una persona presente
0	Dependiente	Necesita alguna ayuda o supervisión

Vestirse

10	Independiente	Capaz de poner y quitarse la ropa, atarse los zapatos, abrocharse los botones y colocarse otros complementos que precisa (por ejemplo braguero, corsé, etc) sin ayuda
5	Necesita ayuda	Pero realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable
0	Dependiente	

Arreglarse

5	Independiente	Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Incluye lavarse cara y manos, peinarse, maquillarse, afeitarse y lavarse los dientes. Los complementos necesarios para ello pueden ser provistos por otra persona
0	Dependiente	Necesita alguna ayuda

Micción - valorar la situación en la semana previa –

10	Continente	Ningún episodio de incontinencia (seco día y noche). Capaz de usar cualquier dispositivo. En paciente sondado, incluye poder cambiar la bolsa solo
5	Accidente ocasional	Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas o supositorios
0	Incontinente	Incluye pacientes con sonda incapaces de manejarse

Ir al retrete

10	Independiente	Entra y sale solo. Capaz de quitarse y ponerse la ropa, limpiarse, prevenir el manchado de la ropa y tirar de la cadena. Capaz de sentarse y levantarse de la taza sin ayuda (puede utilizar barras para soportarse). Si usa bacinilla (orinal, botella, etc) es capaz de utilizarla y vaciarla completamente sin ayuda y sin manchar
5	Necesita ayuda	Capaz de manejarse con pequeña ayuda en el equilibrio, quitarse y ponerse la ropa, pero puede limpiarse solo. Aún es capaz de utilizar el retrete.
0	Dependiente	Incapaz de manejarse sin asistencia mayor

Trasladarse sillón / cama

15	Independiente.	Sin ayuda en todas las fases. Si utiliza silla de ruedas se aproxima a la cama, frena, desplaza el apoyo pies, cierra la silla, se coloca en posición de sentado en un lado de la cama, se mete y tumba, y puede volver a la silla sin ayuda
10	Mínima ayuda	Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física, tal como la ofrecida por una persona no muy fuerte o sin entrenamiento
5	Gran ayuda	Capaz de estar sentado sin ayuda, pero necesita mucha asistencia (persona fuerte o entrenada) para salir / entrar de la cama o desplazarse
0	Dependiente	Necesita grúa o completo alzamiento por dos persona. Incapaz de permanecer sentado

Deposición

10	Continente	Ningún episodio de incontinencia. Si necesita enema o supositorios es capaz de administrárselos por sí solo
5	Accidente ocasional	Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas o supositorios
0	Incontinente	Incluye administración de enemas o supositorios por otro

Deambulación

15	Independiente	Puede caminar al menos 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda o supervisión. La velocidad no es importante. Puede usar cualquier ayuda (bastones, muletas, etc...) excepto andador. Si utiliza prótesis es capaz de ponérselo y quitársela sólo
10	Necesita ayuda	supervisión o pequeña ayuda física (persona no muy fuerte) para andar 50 metros. Incluye instrumentos o ayudas para permanecer de pie (andador)
5	Independiente en silla de ruedas	En 50 metros. Debe ser capaz de desplazarse, atravesar puertas y doblar esquinas solo
0	Dependiente	Si utiliza silla de ruedas, precisa ser empujado por otro

Subir y bajar escaleras

10	Independiente	Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión. Puede utilizar el apoyo que precisa para andar (bastón, muletas, etc) y el pasamanos
5	Necesita ayuda	Supervisión física o verbal
0	Dependiente	Incapaz de salvar escalones. Necesita alzamiento (ascensor)

Escala de coma de Glasgow

Consta de 3 ítems, con un rango de puntuación que oscila entre 3 y 15. A menor puntuación, mayor profundidad del coma. Presenta 2 puntos de corte, que clasifica el coma en grave (3-8 puntos), moderado (9-12 puntos) o leve (13-15 puntos).

Respuesta apertura ocular	
Espontánea	4
A órdenes verbales	3
A estímulo doloroso	2
No hay respuesta	1
Respuesta verbal	
Orientada	5
Confusa	4
Palabras inapropiadas	3
Sonidos incomprensibles	2
No hay respuesta	1
Mejor respuesta motora	
Obedece órdenes	6
Localiza el dolor	5
Retira al dolor	4
Flexión anormal	3
Respuesta en extensión	2
No movimientos	1

Escala de Ashworth

<i>Evaluación del tono muscular</i>	
1-	<i>Ningún aumento del tono muscular</i>
0	<i>Aumento discreto del tono con resistencia mínima al movimiento pasivo.</i>
1+	<i>Aumento discreto del tono con resistencia en todo el movimiento pasivo</i>
2	<i>Disminución del rango de movimiento mayor de 50% y menor del 100%</i>
3	<i>Rango de movilidad limitada en menos del 50%.</i>
4	<i>Limitación severa a la movilidad.</i>

Escala de Fuerza Muscular modificada de la Medical Research Council(MRC)

0	<i>Ausente: parálisis total.</i>
1	<i>Mínima: contracción muscular visible sin movimiento.</i>
2	<i>Movimiento escaso eliminada la gravedad.</i>
3	<i>Movimiento parcial contra la gravedad sin resistencia.</i>
3+	<i>Movimiento completo contra la gravedad sin resistencia. Movimiento completo contra gravedad más resistencia mínima.</i>
4+	<i>Movimiento completo contra la gravedad con considerable resistencia.</i>
5	<i>Normal: movimiento completo contra resistencia total.</i>
